№ 9. Wien. Freitag den 1. März 1861. VII. Jahrg.

Oesterreichische

Zeitschrift für praktische Heilkunde.

Herausgegeben von dem Doctoren-Collegium

der

medicinischen Facultät in Wien.

Redigirt von Prof. Dr. v. Patruban.

Zur Casuistik der Bruchsackzerreissung.

Von Professor Dr. ***Bryk*** *in Krakau.*

(Schluss.)

Die Diagnose dieser Complication ist meist schwierig und kann nur bei sorgfältiger Berücksichtigung der ätiologischen und sonstigen anamnestischeu Momente, in den meisten Fällen erst nach Eröffnung des Bruchsackes mit Sicherheit gestellt werden. Von den hier zunächst zu berücksichtigenden functionellen Störungen ist vor allem die Heftigkeit der Incarcerationssymptome hervorzuheben, welche vom Augenblicke der Einwirkung der schädlichen Gewalt mit grosser Raschheit an Intensität zunehmen und sich durch anhaltendes Erbrechen, Stuhlverhaltung, heftige Schmerzen in der Bruchgeschwulst, und raschen Collapsus auszeichnen. Unter den subjectiven Erscheinungen wäre noch das vom Kranken selbst und bei unüberlegten Repositionsversuchen auch vom Wundarzte mehr weniger deutlich wahrnehmbare laute Krachen oder Zischen, kurz die bestimmte Empfindung eines Risses zu erwähnen, welches die Berstung des Bruchsackes zu begleiten pflegt. (Pitha.) Wichtiger sind die objectiven Symtome und hier ist die Grösse und Form der Bruchgeschwulst characteristisch. In den meisten bisher beobachteten Fällen erschien dieselbe nach Einwirkung der mechanischen Schädlichkeit und sofort geschehener Einklemmung um vieles grösser, als sie ursprünglich beschaffen war. Ueberdiess zeigte sich constant eine Abschnürung derselben in zwei Abschnitte, davon der eine, je nach Umständen des Falles grössere oder geringere Antheil im Hodensacke lag, der andere sich entweder oberhalb des Leistenringes oder im Leistencanale zur Seite der ursprünglichen Geschwulst befand. In dem von Petit bereits erwähnten Falle, wuchs die ursprünglich kleine Geschwulst nach erlittenem Hufschlage bis zur Grösse eines Flaschenkürbisses an, und bestand aus einer kleineren Anschwellung zur Seite des Bauchringes und einer zehnmal grösseren des Hodensackes. Remond sah die vorher voluminöse Hodensackhernie nach den vom Kranken behufs der Reduction vorgenommen Druckversuchen in zwei Abschnitte getheilt, davon der eine unter dem Leistenringe das Scrotum einnahm, der andere sich vom Leistenringe nach aufwärts, bis über den Nabel erstreckte.

In Breidenbachs Beobachtung zweigte sich die Scrotalgeschwutst entlang dem Leistencanale bis zum vorderen obern Darmbeinstachel ab; analog verhielten sich die Umrisse der hier beschriebenen Scrotalhernie, deren Hauptmasse im Hodensacke eingeschlossen war, sich von da bis in den Leistencanal ausdehnte, während ihre directe Verbindung mit der Bauchhöhle durch den Leistenring mittelst eines, sich vom Scrotum verschmälernden und von der seitlichen Geschwulst deutlich abgegrenzten Stieles angedeutet war. Dieffenbach beobachtete nach aussen eines rechtsseitigen Hodensackbruches noch eine zweite tiefliegende Geschwulst, worin nach geschehener Eröffnung eine eingeklemmte Darmschlinge gefunden wurde. Eine Ausnahme von dem soeben geschilderten Verhalten zeigen jene Fälle der Bruchsackruptur, in denen die vorgelagerten Eingeweide in das Scrotum gedrängt wurden, wie in Dupuytren's Falle, wo das Peritoneum im untern äussern Umfange, und in Pitha's Falle, wo es an der vordern Wand des Bruches zerriss. Hier bildete der Hodensack eine gleichmässige gerundete Geschwulstmasse, an welcher die characteristische Abzweigung aus leicht begreiflichen Gründen vermisst werden musste.

Die Beschaffenheit der Haut über der Scrotalgeschwulst und die Consistenz der letzteren verdienen gleichfalls Beachtung. Im Allgemeinen fühlt sich die Geschwulst elastisch, prall gespannt an, und wird von einer röthlich lividen, nicht selten stark ödematösen Haut bedeckt, welchen Zustand Dupuytren nicht mit Unrecht jener ödematösen Anschwellung vergleicht, welche bei beginnender Gangrän nach Harninfiltrationen in das Hodensackgewebe zu erfolgen pflegt. Ausgedehnte Blutunterlaufungen finden sich zuweilen vor, wie in Pitha's und in dem von mir beschriebenen, oder Excoriationen der Umgebung, wie in Breidenbachs Falle. Dagegen lässt sich unter den schon oben nahmhaft gemachten Verhältnissen, besonders wenn die vorgelagerten Eingeweide in das Scrotum aus dem Bruchsacke gedrungen sind, die hier meist der Betastung zugängliche Rissstelle durch ihre Nachgiebigkeit, teigige Beschaffenheit und bei stärkerem Fingerdrucke

durch eine in der Tiefe deutlich wahrnehmbare Lücke erkennen, während der übrige Umfang der Geschwulst fest anzufühlen ist. Fast entgegengesetzte Merkmale bietet der von der Hodensackgeschwulst sich abzweigende Fortsatz, dessen Hautdecken meist die normale Färbung zeigen und wo man mittelst der Palpation durch die schlaffe Haut die leicht verschiebbaren Eingeweide durchfühlen (Breidenbach), oft sogar bei leichtem Drucke ein Geräusch, wie Gurren vernehmen (Remond), übrigens nach Umständen die Beschaffenheit der vorgefallenen Eingeweide durch die Percussion nachweisen kann.

Wie schätzenswerth auch die hier gegebenen diagnostischen Merkmale sein mögen, so kann man diese Complication häufig nur nach vollzogener Herniotomie mit Sicherheit erkennen, welche in der Voraussetzung einer nur theilweise mit einem Bruchsacke ausgestatteten Hernie unternommen, unter Berücksichtigung der in solchen Fällen allgemein bekannten Cautelen ausgeführt werden muss. Scarpa's Rath, die Bruchgeschwulst an der Stelle im Hodenssacke zu öffnen, wo voraussichtlich der Bruchsack noch unverletzt ist, kann bei den schon erwähnten Schwierigkeiten der Auffindung der Rissstelle nicht immer befolgt werden.

Sicherer ist der Vorschlag Breidenbach's, eine dünne Hautfalte gerade unter dem Leistenringe vorsichtig einzuschneiden, diesen und die vorgefallenen Eingeweide bloss zu legen, wenn man nicht, meinem Dafürhalten nach, in geeigneten Fällen vorziehen würde, einen Einschnitt über der am meisten gespannten Stelle der Scrotalgeschwulst zu machen, wo man nach vorliegenden Erfahrungen den Bruchsack noch in seiner Integrität zu finden berechtigt ist. Der Ausfluss eines blutig gefärbten, mit Blutcoagulis vermischten Serums nach Spaltung des Bruchsackes unterstützt schon während der Operation die nach obigen Merkmalen gestellte Wahrscheinlichkeitsdiagnose einer Bruchsackruptur, welche bei näherer Untersuchung des Operationsobjectes zur völligen Gewissheit erhoben wird.

Die Einklemmung findet in solchen Fällen statt, entweder in einer der natürlichen Bruchpforten (Remond, Dieffenbach, Pitha), oder an der Rissstelle im Bruchsacke (Petit, Dupuytren) oder innerhalb der Muskelstränge des Leistencanals und der Bruchpforte zugleich, wie in Breidenbach's und in dem von mir mitgetheilten Falle. Eine sorgfältige Untersuchung der eröffneten Bruchgeschwulst und ihres Inhaltes wird hier zum erwünschten Ziele führen, wenn auch nicht zu läugnen ist, dass auch die mannigfaltigsten Befunde vorkommen können.

Dieffenbach fand einmal in dem geöffneten Bruchsack flüssiges und coagulirtes Blut und erst nach dessen Entleerung an der äusseren Seite, innerhalb des Beckens eine eingeklemmte Darmschlinge und einen kleinen Theil des Netzes, deren Reposition viel Mühe erforderte; die 1'' grosse Rissstelle im Bauchfelle lag über dem Bruchhalse. Im zweiten Falle zeigte sich im gespaltenen Bruchsacke nur ein kleines angewachsenes Netzstück, aber nichts vom Darm; erst nach Spaltung des Leistencanals wurde eine zwischen Peritoneum und dem schiefen Bauchmuskel festsitzende eingeklemmte Darmschlinge erkannt, welche durch die Rissstelle vorgetreten war.

In Betreff der Erweiterung der incarcerirten Stelle bieten besonders jene Fälle grosse Schwierigkeiten, in denen die Einklemmung sowohl innerhalb des Risses, als auch in der Bruchpforte stattgefunden hat, ferner diejenigen, wo die vorgelagerten Eingeweide innerhalb der Muskelbündel des Leistencanals gerathen sind. War die Masse der ausgetretenen Theile gross, so musste auch die Bruchpforte in bedeutender Ausdehnung eingeschnitten werden, wie es Remond, Breidenbach und Pitha gethan haben.

Wie sich aus der Natur der in Rede stehenden Complication ergibt, wird die Reposition der vorgefallenen Eingeweide nicht immer mit Leichtigkeit vorgenommen werden können. Die hier obwaltenden Schwierigkeiten hängen zumeist von der durch die Zerreissung des Bruchsackes gesetzten Dislocation der Eingeweide ab, wodurch deren Zurückschiebung erst nach Incision sämmtlicher Incarcerationsstellen vollständig gelingen kann.

Ein eclatantes Beispiel hiefür liefert Pitha's Beobachtung, wo die Reposition des, gegen 2' langen Darmes, ohngeachtet einer namhaften Erweiterung der Einklammungspforte erst dann vollzogen werden konnte, als nach Spaltung des Bruchsackes an der hinteren Wand des letzteren noch ein zweiter, 1'' langer Riss entdeckt wurde, durch welchen eine beträchliche Darmschlinge durchging und daselbst durch extravasirtes Blutcoagulum fast angelöthet war. Erst, nachdem diese Adhäsion gelöst wurde, gelang die Reduction der vorgefallenen Darmschlingen ohne Mühe. Ein anderes Mal ist es die Masse der vorgefallenen Eingeweide und ihre Anfüllung mit Luft- und Fäcalmassen, welche der Reposition hinderlich sind; auch bereits an dem ausgetretenen Darme vorhandene Verletzungen können, wie in dem mitgetheilten Falle, wegen der dabei zu beobachtenden Vorsicht, abgesehen von anderen zufälligen Zwischenursachen, wie heftiges Pressen seitens des Kranken, Erbrechen, die Taxis theils erschweren, theils diesen Operationsact über die Gebühr in die Länge ziehen.

Es ist nach dem bisher Auseinandergesetzten einleuchtend, dass im Allgemeinen die Prognose in solchen Fällen nicht günstig gestellt werden kann. Indessen fehlt es nicht an Beobachtungen, wo, ohngeachtet einer bedeutenden Zerreissung des Bruchsackes, der nicht selten mehrfachen Einklemmung der vorgefallenenen Eingeweide, ferner der bei der Operation manchmal nöthig werdenden derben Repositionsversuche und des damit häufig kaum zu vermeidenden langen Blosliegens der Bauchcontenta an der Luft, dennoch die Herniotomie vom günstigen Erfolge begleitet wird, wie Dieffenbach's und Pitha's Beobachtungen erweisen. Die im mitgetheilten Falle im weiteren Verlaufe entstandenen Abscesse im Scrotum und Leistencanale, entsprechend den Rissstellen des Bruchsackes, übten auf den Wundverlauf und die Genesung keinen weiteren nachtheiligen Einfluss aus, konnten jedoch durch Anlegung einer ausgiebigen Incisionswunde des Bruchsackes gleich bei der Operation umgangen werden.

Bericht über die auf der Wiener-Augenklinik des Professor Dr. Arlt im Studienjahre 1859 behandelten Kranken.

Bearbeitet vom Assistenten Dr. **Businelli.**

(Fortsetzung.)

b) Cataracta traumatica.

Mit Cataracta traumatica wurden im Ganzen 6 Individuen behandelt und zwar 5 M. und 1 W. Unter diesen Fällen traf die veranlassende Verwundung 3mal das rechte, 3mal das linke Auge.

Dem Alter nach standen 1 M. im 24. Lebensjahre, 3 zwischen dem 30. und 40. und 1 im 48. Lebensjahre. Die weibliche Patientin zählte 14 Jahre. Der Beschäftigung nach waren unter den Männern 2 Schlosser und 1 Wagner.

Als Verwundung wurde angegeben: 1mal das Hineinfliegen eines Stückchens Holz in's Auge, 2mal das eines Eisensplitters. Das Mädchen stiess sich das Auge an einem in der Wand steckenden Nagel an. Ein Schlosser endlich wusste gar nicht, dass in's Auge ein fremder Körper gedrungen war, sondern er kam mit einer, seiner Meinung nach spontanen Augenentzündung auf die Klinik. Der Mann schien einfach an Iritis zu leiden; als aber nach der Ursache geforscht und das Auge genauer untersucht wurde, fand man eine punctförmige Wunde in der Cornea und einen kleinen Schlitz in der vorderen Capsel, aus welchem eine getrübte Linsenflocke hervorragte, welche auf den ersten Blick für ein Iris-Exsudat gehalten werden konnte.

In jenen Fällen, wo die Verletzung eine frische war, musste natürlich vor Allem die strengste Antiphlogose in Anwendung gebracht werden und es konnte erst nach dem Verschwinden aller entzündlichen Reactionserscheinungen ein Verfahren gegen die Linsentrübung oder die Folgen jener Entzündung (wie Pupillensperre) eingeleitet werden und so kommt es, dass hier in einem Falle, da die Linse grösstentheils resorbirt worden war, die Iridektomie allein hinreichte, um dem Patienten den Gebrauch des Auges wieder möglich zu machen, während in zwei anderen Fällen dieselbe Operation mit der Extractio linearis der getrübten Linse verbunden wurde; (in dem einen Falle waren beide Operationen in Einer Sitzung, in dem anderen die Linsenextraction um 4 Wochen später vorgenommen worden). In 2 Fällen wurde die Discission geübt; unter diesen erfolgte 1mal wegen zu langsamer Resorption die Extraction mittelst des untern Lappenschnittes nach 8 Tagen.

Während der Nachbehandlung verschloss sich einmal die neugebildete Pupille durch Exsudate, 1mal wurde durch 7 Tage der Druckverband angelegt, um die drohende Ektasie der Cornea zu verhüten: und 1mal wurde die kaum verklebte Wunde (nach der Operation der Iridektomie) dadurch wieder gesprengt, dass sich der Pat. im Schlafe mit der Hand an's Auge fuhr, wobei Glaskörperausfluss erfolgte. Es schloss sich darauf die künstliche Pupille, die Lichtempfindung war beinahe Null. Diess der einzige Fall, bei dem das Sehvermögen nicht gerettet wurde. Vier verliessen mit mehr weniger gutem Sehvermögen die Anstalt, einer blieb noch in Behandlung.

Die kürzeste Behandlungsdauer von 5 Wochen kam 2mal vor, in 2 Fällen dauerte sie 6 Wochen hindurch, in einem Falle endlich 7 Monate.

Diese zuletzt angegebene, ungewöhnlich lange Behandlungsdauer findet darin ihre Erklärung, dass sich der Patient, (auf dem klinischen Reservezimmer liegend) wahrscheinlich durch Infection die acute Bindehautblennorrhoe auf beiden Augen zuzog, welche leider zum Durchbruch der Cornea des früher gesunden Auges führte, an welchem später eine künstliche Pupille angelegt werden musste. Schliesslich wurde er doch geheilt entlassen.

c) Catarracta mollis,

Diese kam in 8 Fällen (4 M. 4. W.) vor, und zwar 3mal nur an einem Auge und 5mal an beiden. Das jüngste Individuum war ein 10monatliches Kind, zwei standen unter 10 Jahren, 3 zwischen 10 und 20 Jahren, die 2 ältesten zwischen 40—60. Die Cataracta war in 3 Fällen (auf beiden Augen zugleich) nach bestimmter Angabe der Patienten oder der Angehörigen in Folge heftiger, anfallsweise eingetretener allgemeiner Krämpfe entstanden; ein Patient schrieb die Entstehung des (einseitigen) Staares dem Umstande zu, dass er bei einer Feuersbrunst durch mehrere Stunden in die helle Flamme geschaut hatte. Bei den zwei älteren Individuen konnte man die Cataracta als senilen Prozess betrachten, in den 2 übrigen lieferte die Anamnese keine Anhaltungspunkte über die muthmassliche Entstehungsweise der Linsentrübung. Die Farbe des Staares war bei 6 Individuen (9 Augen) weisslich, mehr weniger in's blauliche spielend, bei den zwei übrigen war die Capsel stellenweise getrübt und verdickt und der Inhalt derselben verflüssigt.

In zwei dieser Fälle war auch Nystagmus vorhanden; die betreffenden Staarkranken waren schon in den ersten Lebensmonaten an beiden Augen cataractös geworden. In den 3 Fällen, in welchen der reife weiche Staar nur in einem Auge sich ausgebildet hatte, war das zweite nicht normal, sondern wir fanden an demselben 1mal Glaskörperflocken, 1mal Pupillensperre und 1mal beginnende Corticaltrübungen in der Aequatorialgegend der Linse.

In 5 Fällen (9 Augen) wurde die Discission der vorderen Capsel vorgenommen, welche jedoch nur in einem Falle zur schnellen Resorption der allmälig in die vordere Kammer tretenden Linsensubstanz führte; in den 4 anderen hielt man es für zweckmässig, da die Aufsaugung zu langsam vor sich ging, nach einiger Zeit die Extraction auszuführen. Diese geschah 3mal durch einen Linearschnitt, und 2mal (wegen etwas stärkerer Consistenz des Kernes) durch den gewöhnlichen Lappenschnitt, die entleerte Masse wurde mikroskopisch untersucht: man fand in derselben Linsenfasern in ihrem moleculären Zerfalle mit Fettkugeln besetzt, dann granulirte Kugeln von verschiedener Grösse ohne Kern, ferner feintröpfliges Fett in geringer Menge. Cholestearinkrystalle wurden keine gesehen — durch Sublimatlösung trübte sich die Flüssigkeit unter dem Mikroskope: sie enthielt auch lösliche Salze, die nicht näher bestimmt wurden. Die getrübte Capselpartie bestand aus übereinander gelagerten Platten von gestreiftem Aussehen; an den Rändern sah man einzelne glashelle, gefaltete Fetzen.

Die Operationswunden waren am 2. Tage nach der Operation geheilt. — Einige Tage später konnte der junge Mann die Finger bis auf 6—8 Zoll Entfernung zählen, allein herumgehen und einige helle Farben erkennen. Der Augengrund war normal, der Nystagmus bestand noch fort.

Es wäre interessant gewesen, nähere Experimente und Beobachtungen über die Entwicklung der Sehkraft eines, man könnte beinahe sagen, blindgeborenen Individuums, über seine Beurtheilung der Distanzen etc. machen zu können, allein der Bursche war zu wenig verständig und der Sprache nicht genug mächtig, so dass unsere Bemühungen zu keinem positiven Resultate führten.

d) Cataracta intermedia stationalis.

Mit jener Form von Linsentrübung, welche Prof. Arlt zuerst als stationalen Kernstaar jugendlicher Individuen, Prof. Ed, Jäger später als Staar mit isolirter Faserschichtentrübung beschrieben hat und welche gegenwärtig nach Prof. v. Gräfe gemeinhin Schichtstaar genannt wird, kam

an 4 Individuen (männlichen Geschlechtes) zur Behandlung. Die Trübung war (wie bei allen bisher beobachteten Fällen) beiderseitig, und beschränkte sich auf die intermediären Schichten zwischen Kern und Rinde, eigentlich auf die grösseren Schichten des Kernes. Sie präsentirte sich demnach als eine mehr weniger trübe Scheibe von $2\frac{1}{2}$—3''' Durchmesser, mit scharf begrenztem, intensiv getrübtem Rande; nur in zwei Fällen erstreckten sich einige Zacken über diesen Rand hinaus in die, übrigens vollkommen durchsichtige Zone der Rindensubstanz; in einem Falle war in der vorderen Polargegend eine intensivere, fast kreideweisse, knopfförmige Trübung vorhanden.

Die durch diese Trübung bedingte Sehstörung machte sich stetig, besonders aber beim Blick nach entfernteren Gegenständen bemerkbar. In der Dämmerung und bei Beschattung der Augen durch die über den Augenbraunen vorgehaltene Hand war das Erkennen der Objecte erleichtert; instinctmässig hatten sie gelernt, durch eine Spalte zwischen den Fingern der vorgehaltenen Hand (eine improvisirte stenopäische Brille) zu blicken, um kleinere Gegenstände auszunehmen. Auf diese Weise waren drei davon im Stande, mittelgrossen Druck zu lesen; der vierte hatte es nicht gelernt. Die Sehstörung war bei einem schon seit dem 1., bei einem im 2., bei dem dritten im 9., und bei dem vierten erst im 12. Lebensjahre bemerkt worden. Zur Zeit der Aufnahme befanden sich drei in dem 20., einer im 14. Lebensjahre. Sie waren durchaus von schwächlicher Constitution und nicht gut genährt. Von dreien erfuhren wir zuverlässig, dass sie im 1. oder 2. Lebensjahre an Convulsionen (Fraisen) gelitten hatten; der vierte schrieb seine Sehschwäche dem Umstande zu, dass er dem von einer weissen Wand reflectirten Sonnenlichte häufig und längere Zeit ausgesetzt gewesen war.

Das erstere Moment fand Prof. Arlt bisher so oft dieser Erkrankung vorausgegangen, dass er sich für berechtigt hält, einen ursächlichen Zusammenhang anzunehmen. Die Bezeichnung »stational« war auch in diesen vier Fällen gerechtfertigt, sofern die äquatoriale Zone von Trübung frei geblieben war, und der mässige Grad von Zunahme der Sehstörung, welcher bei drei Fällen in der letzten Zeit bemerkt worden war, nur auf Zunahme der Trübung im Bereiche des Kernes bezogen werden konnte. An dieser, auf vielfältige Beobachtungen gestützten Ansicht festhaltend, wählte Prof. Arlt die von A. von Graefe vorgeschlagene Iridektomie als die sicherste Methode zur Verbesserung des Sehvermögens; nur unter der Voraussetzung, dass die Rindensubstanz zeitlebens oder doch bis zur Senescenz des Individuums durchsichtig bleibe, d. h. dass der Staar ein stationaler ist, kann die Iridektomie als ein rationelles Operationsverfahren bezeichnet werden. Darum halten wir auch die Bezeichnung »stationaler Kernstaar« für zweckmässiger als die jetzt meist gebräuchliche »Schichtstaar«. Viele progressive Formen sind eben eine Zeitlang auch nichts anders, als Trübung einzelner intermediaerer Faserschichten.

Die Iridektomie wurde in allen Fällen auf beiden Augen vorgenommen, in einem Falle in einer Sitzung, und den übrigen in Zwischenräumen von einigen Tagen. Die Vergrösserung der Pupille wurde in der Richtung nach innen und unten angebracht. Der Einstich wurde einwärts vom Limbus conjunctivae gemacht, um wo möglich noch ein Stückchen vom äussersten Rande der Iris stehen zu lassen und die Pupille nicht zu gross zu belassen. Der Erfolg war

durchaus günstig, führte namentlich für das Sehen im freien wesentliche Besserung herbei. Ueble Zufälle kamen nicht vor.

Die Trübung war in allen acht Augen auf eine dünne intermediäre Schichte beschränkt, die den durchsichtigen Kern einschloss. Sie war sehr scharf begränzt und betrug 2—$2\frac{1}{2}$ Linien im Durchmesser. In vier Augen gingen auch einige Ausläufer gegen den Aequator der Linse hin; in einem war ein kreideweisser Punkt im vorderen Pole der getrübten Schichte zu sehen. Die Trübung der Sehkraft hatte (angeblich) angefangen 1mal im 1., 1mal im 2., 1mal im 9. und 1mal im 12. Lebensjahre.

Die Excision der Irisfalte erstreckte sich nur bis auf die Gränze der kleinen Zone, so dass die stumpfe Spitze der birnförmigen Pupille noch etwa $\frac{1}{2}$ Linie vom Linienrande abstand.

e) Cataracta secundaria.

Wie aus der tabellarischen Uebersicht hervorgeht, sind unter Cataracta secundaria vier Patienten zur Behandlung gekommen und zwar 3 männliche und 1 weiblicher. Sie kam in zwei Fällen am rechten Auge allein (2 M.) und in ebensoviel am linken allein vor. (1 M. 1. W.) Dem Alter nach stand das weibliche Individuum im 22. Lebensjahre, 1 M. im 45. die 2 übrigen zwischen dem 50. und 60. Lebensjahre.

In 3 Fällen war eine vorausgegangene Staaroperation, in einem Falle eine Verwundung die Ursache des bestehenden Leidens.

Die vorausgegangene Staaroperation war in einem Falle die Extraction mittelst des Lappenschnittes nach unten; in einem andern die mittelst des Schnittes nach oben; im 3. die Discission und daraulfolgende Linearextraction. Die Zeit, welche zwischen der Staaroperation und ihrer jetzigen Aufnahme lag, war 1mal 3 Monate, 1mal 9 Monate und 1mal 2 Jahre. — In dem Falle, in welchem die Verwundung die Veranlassung zur Cataracta secundaria war, waren schon mehr als 30 Jahre seit dieser verflossen.

Das nun vorgenommene operative Heilverfahren war 1mal die Reclination, 1mal die Iridektomie, und 2mal die Extraction der Cataracta secundaria. In einem dieser Fälle hatten wir Gelegenheit, die im letzten Berichte angeführte Beobachtung bestätigt zu sehen, dass nämlich bei ähnlichen Cataracten die zwischen vordere und hintere Capsel eingeschlossen gebliebenen Linsenreste, sobald sie nach Zerreissung oder Entfernung der Capsel, wieder mit dem Humor aqueus in directe Berührung kommen, in enormer Weise aufquellen, dass scheinbar unbedeutende Linsenreste, die hinter der Iris (in dem Falze) liegen bleiben, oft so anschwellen, dass sie die ganze erweiterte Pupille ausfüllen.

Von den 4 Patienten wurden 3 geheilt und 1 in gebessertem Zustande entlassen. Letzterer war seit Jahren am verletzten Auge amblyopisch und litt auf beiden an Staphyloma posticum.

f) Cataracta aridosiliquata.

Diese Form von Linsentrübung betraf einen 10jährigen Knaben an beiden Augen, und ein 16jähriges israelitisches Mädchen am linken Auge. Als Veranlassung wurde in keinem Falle etwas angegeben; ebensowenig war überhaupt irgend eine Augenentzündung vorhanden gewesen. Die Complication war im ersten Falle Nystagmus (der Zustand bestand angeblich seit der Geburt) beim Mädchen war das rechte Auge normal. In beiden Fällen boten die cataractösen Au-

gen schlotternde Bewegungen von Iris bei Bewegung des Bulbus dar.

Bei dem Knaben, bei welchem die Linsen sehr klein und scheibenförmig abgeplattet waren, gelang es, sie durch eine lineare Hornhautwunde herauszuziehen. Unter dem Mikroskope zeigten sie trübe gekrümmte Linsenfasern, welche in einer Glashaut (noch durchsichtige Capsel) eingeschlagen waren. Die Operationen wurden an verschiedenen Tagen bei horizontaler Lage des narkotisirten Patienten vorgenommen. An einem Auge erfolgte Irido-Chorioiditis, mit diffuser Trübung des Glaskörpers, die zur beginnenden Atrophie des Bulbus führte; am zweiten Auge war der Erfolg sehr gut. Beim Mädchen wurde die Discission durch die Cornea ausgeführt. Er wollte die gänzliche Resorption nicht im Spitale abwarten. Bei der Entlassung war aber ein Theil der Pupille schon frei, und das Sehvermögen entsprechend gebessert.

g) Cataracta partialis et Ektopia lentis congenita.

Es kam im Laufe des Jahres ein eigenthümlicher Fall von partieller, angeborener Linsen- und Capseltrübung zur Behandlung, den wir in keiner der bis jetzt besprochenen Kategorien einreihen konnten.

A. K. 12jähriger Hausmeisterssohn kam mit Klumpfüssen auf die Welt. Als er 2 Monate alt war, bemerkten die Aeltern, dass seine Pupillen nicht schwarz waren, sonst war er aber immer gesund und litt angeblich nie an Convulsionen. (Ein älterer Bruder dieses Knaben war ebenfalls seit der ersten Kindheit fast ganz blind gewesen, und wurde in seinem 14. Lebensjahre wegen grauen Staares von Prof. Rosas an beiden Augen operirt. Dieser hatte aber schon im ersten Lebensmonate allgemeine Krämpfe (Fraisen) gehabt. Das Sehvermögen unseres Patienten hatte sich wenig entwickelt und war angeblich seit der ersten Kindheit stationär geblieben. Bei der Aufnahme auf die Klinik fand man, ausser dem beständigen Augenzittern folgende Veränderungen: Die Bulbi im vorderen Abschnitte scheinen etwas nach vorne verlängert, als ob der vorderste Theil der Sclera gleichsam nach vorne gezogen wäre. Die Cornea ist jedoch nicht kleiner. Die Iris lichtbraun, tief und in einer Ebene liegend, schlottert deutlich am unteren Theile ihrer Peripherie. Die Pupille, von normaler Grösse, erweiterte sich nach Anwendung des Atropins bis auf $3\frac{3}{4}$ Linien im Durchmesser. Die Linse an beiden Augen nach oben und etwas nach aussen verrückt, so dass man in dem unteren Theil der Pupille den Reflex des Linsenrandes sieht. Dieser Theil des Linsenrandes liegt auch etwas tiefer im Auge als der obere Rand, so dass man zwischen Pupillar- und Linsenrand einen Abstand merkt, wenn man schief von oben nach unten hinein blickt. Die Linse selbst, gerade von vorne gesehen, bietet drei verschiedene Regionen. Die äusserste Zone,

$$\frac{5}{8} + \frac{3}{4} + \frac{2}{3} = \frac{15 + 18 + 16}{24} = \frac{49}{24} \text{ nahezu } \frac{2}{3}'''$$

breit, ist vollkommen durchsichtig; innerhalb dieser ist eine zweite, etwa $\frac{3}{4}'''$ breite, concentrische, lichtgraue, stark durchscheinende Zone, welche von der ersten scharf, jedoch nicht regelmässig abgegränzt ist; endlich die mittlere Region (beiläufig $\frac{5}{4}$ Linien im Durchmesser,) ist vollkommen kreisrund, bläulichweiss und hat in ihrer Mitte einen erhabenen, stärker saturirten Punct, der die vordere Capsel nicht erreicht. Die vordere Linsenfläche scheint nicht regelmässig gewölbt, sondern abgeplattet, und in ihrer Mitte nabelförmig eingezogen zu sein. — Die Linse des linken Auges bietet ganz ähnliche Veränderungen dar, nur ist in dieser die Trübung etwas ausgedehnter und reicht in der Mitte bis an die vordere Capsel. Mit dem Augenspiegel kann man den normalen Reflex des Hintergrundes sehen, der Nystagmus gestattet aber keine genaue Untersuchung. Es scheint jedoch sicher, dass kein Coloboma chorioideae vorhanden ist.

Sehvermögen: Mit jedem Auge kann der Kranke die Finger auf 30—40 Zoll zählen, und die Zeiger der Taschenuhr auf 10 Zoll sehen: er erkennt grössere Buchstaben (Nr. 15) auf 3 Zoll vom Auge. Mit Convexglas Nr. 5 sieht er etwas besser.

Die Diagnose lautete: Ektopia lentis et Cataracta lenticularis partial. oculi utriusque verosimillime congenita.

Unter den Operationen wählte man in diesem Falle die Discission. Die Reclination wäre, da ein Theil der Zonula Zinnii abgerissen war, kaum möglich gewesen, und die Extraction wäre, abgesehen vom Alter des Kranken schon wegen des Nystagmus ein zu gefährlicher Eingriff gewesen. Die Discission wurde zuerst unter Chloroformirung des Patienten und bei horizontaler Lage desselben, am linken Auge gemacht. Die Capsel wurde in ihrer unteren Hälfte in zwei Richtungen eingeschnitten. An der Stelle der stärkeren centralen Trübung war es nicht möglich, die zähe Capsel durchzuschneiden. Die Linsensubstanz trübte sich weiter, kam flockenweise in die vordere Kammer und wurde nach und nach resorbirt. Nach 9 Wochen, während welcher Zeit man immer Atropin zur Erweiterung der Pupille angewendet hatte, war die Linsenmasse verschwunden und es blieb nur eine hanfkorngrosse, kreideweisse, kalkig aussehende, mit der Capsel zusammenhängende, flottirende Haut in der Mitte der Pupille. Um diese aus dem Auge zu entfernen, wurden mit einem Staarmesser die Sclera und Chorioidea $1\frac{1}{2}$ Linie vom äusseren Rande der Cornea in meridionaler Richtung geöffnet, durch die (eine Linie betragende) Einstichswunde führte man eine Desmarre'sche pincette capsulaire ein, man fasste damit die obengenannte Haut und zog sie ohne Mühe aus dem Auge heraus. Es ergoss sich dabei etwas Humor vitreus aus der Scleralwunde und hob die Bindehaut in Form einer kleinen Blase hervor. Die mikroskopische Untersuchung des herausgezogenen Capselstückes ergab: eine glashelle Haut stellenweise mit Fetttröpfchen, stellenweise mit kalkigen Massen durchsetzt. Bei Zusatz von Schwefelsäure entwickelten sich Gasbläschen.

Vier Wochen später wurde am rechten Auge die Discission gemacht, wobei man sich überzeugen konnte, dass die Linse nur an der oberen Hälfte der Zonula Zinnii hing. Die Resorption ging regelmässig vor sich und der Knabe wurde 4 Monate nach der Aufnahme geheilt entlassen. Der Nystagmus war noch unverändert geblieben; der Augengrund war normal.

(Fortsetzung folgt.)

Mittheilungen.

Aus der gerichtsärztlichen Praxis wundärztl. Section.

Verletzungen im Gesichte. — Nach acht Tagen aufgetretener mit Lähmung verbundener Schlagfluss. — Nicht nachweisbarer Zusammenhang. — Leichte Verletzung.

Von Dr. ***Maschka***, k. k. Professor und Landes-Gerichtsarzt zu Prag.

Am 16. November 18 . . kam um 3 Uhr der 39 Jahre alte Nachtwächter A. C. aus B. . in das Wirthshaus, wo gerade Tanzmusik war, zu dem Tische des 32jährigen Tag-

löhners J. S. und fing mit demselben einen Streit an, worauf die anwesenden Weiber Ersteren aus dem Wirthshause hinausdrängten. Dieser stellte sich nunmehr vor die Fenster desselben, worauf S. zweimal ein Bierglas durch das neueröffnete Fenster nach ihm warf. Ob er ihn damit getroffen habe, ist nicht angegeben, dass S. aber betrunken war, sagen alle Zeugen aus. Als C. hierauf in das Wirthszimmer zurückkehrte, sahen ihn die Gäste im Gesichte bluten; da dies auch sein Weib gewahrte, nachdem er zu Hause angekommen war, schickte sie sogleich nach dem Wundarzte F. C.

Dieser fand bei C. sowohl auf der Stirne, als auf der linken Seite neben der Nase eine Wunde, wovon erstere 1 Zoll lang, etwas rundlich, $^1/_4$ Zoll breit war, und nur durch die Haut drang; die andere drang dagegen bis auf den Knochen und enthielt 2 oder 3 Glassplitter von der Grösse einer Nadelspitze, welche nach der Angabe des Arztes vom Fensterglase herrührten, während ein Stückchen, welches beim Abwischen des Blutes in die Nase gerieth und Tags darauf wieder ausgeschneuzt wurde, von einem andern Glase herzurühren schien, übrigens soll der Verwundete stark nach Branntwein gerochen haben. Alle andern Erscheinungen werden in der Angabe dieses Wundarztes sowohl bei dem ersten, als bei den andern Besuchen, wo er den Verband erneuerte, mit Stillschweigen übergangen. — Die Wunden reinigte nun C., vereinigte sie durch einige Hefte und Heftpflaster, wiederholte die Reinigung und den Verband auch den 2. und 3. Tag, wobei er bemerkt, dass der Patient herumgehen konnte, dass die Wunden sich zur Heilung anschickten, und in 8 Tagen auch völlig geheilt waren.

Nach 8 Tagen kam ein Bote zu C. mit der Nachricht, dass es dem C. sehr schlecht gehe. Er begab sich sogleich zu dem Kranken und erhielt auf die Frage nach der Ursache des neuerlichen Krankheitszustandes von dessen Weibe die Auskunft, dass der Stiefbruder mit einem Kruge voll Branntwein auf Besuch gekommen wäre, wovon ihr Mann einige Gläschen getrunken, dabei von seinem Unfalle im Wirthshause erzählt hätte, und während dem vom Schlage getroffen worden sei. — Der Wundarzt C. fand Lähmung der ganzen rechten Seite der oberen und unteren Extremität und der Zunge. Als nach längerer Behandlung der Zustand des Kranken sich nicht gebessert hatte, schickte das Weib des Patienten um den Dr. P., der am 1. Jänner 18 . . daselbst eintraf, und den C. im Bette fand. C. konnte mit den Extremitäten der rechten Seite nicht die geringste Bewegung machen und nur mit Mühe die bekanntesten vorgesprochenen Worte nachstammeln; auf gegebene Fragen gab er keine Antwort und war überhaupt einem blödsinnigen Menschen ganz ähnlich. Ueberdies fand C. eine schiefe, etwa 1 Zoll lange, völlig geheilte Narbe am innern Winkel des linken Augenhöhlenrandes, die sich bis zur Stirne erstreckte. Sonst beobachtete er keine Verletzung und gab auch in seinem Berichte keine anderen Symptome an. Er verordnete dem Kranken zweimal ein Pulver und zweimal einen Saft. Er hat auch den Kranken nicht weiter beobachtet, indem bloss die Angehörigen ihn etwa dreimal in Kenntniss setzten, dass der Zustand derselbe geblieben sei.

Am 29. Juli 18 . . wollte man sich bei dem k. k. Kreisgerichte C. über den Hergang der Sache im Wirthshause von dem Verletzten selbst die nöthige Aufklärung verschaffen, und liess ihn zu diesem Behufe zu Wagen dahin bringen, allein dessen Einvernehmung führte wegen seiner grossen Geistesschwäche zu keinem Resultate.

Bezüglich des Grades der Verletzung und ihres Zusammenhanges mit dem Vorfalle im Wirthshause waren die einvernommenen Sachverständigen verschiedener Meinung. — So gab der Wundarzt C. am 16. Feber d. J. zu Protokoll, dass die Wunden im Gesichte bloss leichte wären und die nachher hinzugetretene Lähmung damit in keinem ursächlichen Zusammenhange stünde, indem nach Aussage des Beschädigers die Entfernung, als er die Biergläser nach C. warf, 5 bis 6 Schritte betragen habe. — Dagegen äusserte sich Dr. P. dahin, dass die Verletzungen schwer und lebensgefährlich seien und in ihnen die Ursache der nachfolgenden Lähmung läge, die er von einem Blutaustritte zwischen die Hirnhäute oder in das Gehirn herleitet.

Am 29. Juli liess das Gericht den Kranken noch von Dr. W. und Wundarzt K. untersuchen. Diese fanden eine geheilte, halbmondförmige, mit der convexen Seite nach oben sehende, von einem Augenbraunbogen bis zum anderen reichende knapp über der Nasenwurzel sich befindende bewegliche Narbe, ohne dass irgend eine Verletzung des unterliegenden Knochens zu fühlen war, ferner an der linken Seite der Nase eine, $^1/_4$ Zoll lange, längs der linken Nasenseite nach unten verlaufende, geheilte, etwas geschwollene bewegliche Narbe, unter welcher sie eine leichte Vertiefung des Knochens fühlen wollten. Die Extremitäten rechterseits waren gelähmt, die obere jedoch mehr als die untere, die rechte Gesichtshälfte erschlafft, die Sprache undeutlich, das Gedächtniss so schwach, dass er sich auf einzelne Worte nicht erinnern konnte, der Puls normal.

Dr. W. erklärte nun, dass die beiden Gesichtsnarben bloss leichten Verletzungen entsprechen, und dass der in 8 Tagen nach der Verwundung eingetretene Schlagfluss eine nur zufällige Complication sei, daher mit ihnen in gar keinem Zusammenhange stehe. Zu dieser Ansicht bekannte sich auch Wundarzt K. mit Ausnahme der Verletzung (Narbe) neben der Nase, die er wegen Betheiligung des Knochens für eine schwere hielt.

Bei der Divergenz der ärztlichen Meinungen wurde ein Obergutachten bezüglich des Gegenstandes eingeholt.

Gutachten.

1. Die Narben im Gesichte des C. deuten ihrer Beschaffenheit nach auf die Einwirkung eines scharfen Instrumentes und konnten von einem mit Kraft vollführten Wurfe mit einem Bierglase herrühren, oder aber auch durch in das Gesicht geschleuderte Scherben des zerbrochenen Fensterglases verursacht worden sein.

2. Sie stellen, sowohl einzeln als zusammengenommen eine leichte Verletzung dar, weil sie vermöge der beweglichen und verschiebbaren Narben von nur oberflächlichen Wunden herrühren, deren völlige Verheilung, zu Folge der Erhebungen, in 8 Tagen bewerkstelliget worden ist.

Spricht für diese Ansicht einerseits die Oberflächlichkeit der Wunden, so muss andererseits auch dahin gewiesen werden, dass sich ein ursächlicher Zusammenhang zwischen diesen Verletzungen und der später eingetretenen Lähmung nicht nachweisen lasse, indem bis zu dem Eintritte der letzteren volle 8 Tage verstrichen waren, während welcher kein einziges darauf bezügliches Krankheitssymptom angeführt wird, überdiess aber auch die ärztliche Behandlung selbst, welche bloss auf eine Anwendung von kalten Umschlägen in den ersten 2 Tagen sich beschränkte, auf kein besonderes Leiden des Verletzten schliessen lässt

Bei so bewandten Umständen lässt sich die eingetretene Lähmung keineswegs von den Verletzungen herleiten, sondern es lässt sich vielmehr mit vollem Grund annehmen, dass dieselbe die Folge eines von der Verwundung unabhängig eingetretenen Schlagflusses war, welcher letztere durch den vorhergegangenen und auch am 8. Tage nach der Verletzung stattgefundenen Branntweingenuss begünstigt worden sein dürfte.

Facultätsangelegenheiten.

Seine Excellenz der Herr Finanzminister Edler von Plener, hat unterm 23. d. M. dem Doctorencollegium der medicinischen Facultät durch eine Zuschrift eröffnet, dass er am 1. und 15. März Abends nach 8 Uhr im Ministerial-Gabäude Besuche empfängt und dass es ihm zum Vergnügen gereichen wird, an den genannten Tagen die Herren Mitglieder des Doctoren-Collegiums bei sich zu sehen.

Montag den 4. März 1861 um sieben Uhr Abends findet im Consistorialsaale der k. k. Universität eine Plenarversammlung des Doctoren-Collegiums statt.

Gegenstände:

1. Fälle von Syphilis mit Demonstration vom Herrn Dr. Josef Hermann, ordinirenden Arzt im k. k. Krankenhause auf der Wieden.

2. Aphorismen über den Curort Hall und dessen Heilerfolge von Herrn Dr. Johann Rabl, ständischen Badearzt daselbst.

3. Ueber die Wirkung der Elektricität gegen Pollutionen. Vortrag von Herrn Dr. Benedict Schulz.

4. Wahl von 5 Mitgliedern zur Vermehrung des leitenden Ausschuss für wissenschaftliche Thätigkeit von 7*) auf 12 Mitglieder.

Journalauszüge.

Ueber die Verwerthung des Kohlentheergypses (Coaltar) in seiner Anwendung auf die Gesundheitspolizei und das Krankenbett, theilt Dr. Fronmüller, Hofspitalarzt in Fürth, seine Beobachtungen und Erfahrungen mit, welche beweisen, dass diese aus vier Theilen Gyps und 96 Theilen Kohlentheer bestehende Mischung, welche in Frankreich als das Corne-Demeaux'sche Desinfectionsmittel (goudron de honille) sehr populär geworden ist **), wirklich als das billigste und entsprechendste Reinigungsmittel empfohlen zu werden verdient. Der Centner dieser Mischung kommt nemlich auf einen Thaler zu stehen, während der Centner Eisenvitriol weit über nochmal so viel kostet. Der eigentlich desinficirende Bestandtheil des Steinkohlentheer's scheint die Carbolsäure zu sein, deren conservative Eigenschaften vorzugsweise daraus zu erklären sind, dass sie eiweissartige Körper coagulirt und nach Umständen mumificirt. Nach Versuchen an der medicinischen Schule zu Manchester wurden mit Erfolg Cadaver mit einer Lösung der Carbolsäure injicirt; ein Stück Pferdefleisch, in dieselbe getaucht, hält sich schon mehr als drei Jahre ohne Zersetzung. Ein Tausendtheil Carbolsäure, einer Quantität Urin im Sommer zugesetzt, erhält denselben 3—4 Wochen lang frisch. Thierhäute, mit dieser Säure eingerieben, bleiben Jahre lang frisch. Nach Calverts Analysen enthält jedoch der Theer, je nachdem er aus verschiedenen Kohlenbergwerken gewonnen wird, sehr veränderliche Mengen von Carbolsäure; so enthält die Steinkohle von Newcastle fast ausschliesslich Naphthalin, dagegen die in Boghead gewonnene Steinkohle Paraffin und die als Wigan-cannel-cool gekannte Kohle Benzin und Carbolsäure halten. Dumas erklärt die antiseptische Wirksamkeit des Kohlentheeres aus der Bildung von Ozon, welches durch Verbrennen der riechenden Miasmen die Luft reinige. Burdels Versuche zeigen in Wahrheit, dass der Ozonometer, wenn er in die Nähe faulender Substanzen gebracht wurde, vom 0-Punct nach und nach auf 7—8 Grade steigt, wenn diese Stoffe mit Theergypspulver bedeckt oder gemischt werden. Die Versuche Fronmüllers berechtigten ihn zu folgenden Schlusssätzen: 1. Der Kohlentheergyps ist unter die wichtigeren Desinfectionsmittel zu reihen. 2. Die bis jetzt bekannte Wirkungsweise desselben ist eine absorbirende. Die Carbolsäure scheint hiebei vorzüglich thätig zu sein. Erklärt ist jedoch hiedurch der chemische Vorgang nicht, da ja auch coagulirtes Eiweiss der Fäulniss nicht widersteht. 3. Für die Desinfection der Abtritte, Senkgruben, Secirsäle u. s. w. scheint der Theergyps wenigstens eben so viel zu leisten, als die übrigen bisher verwendet gewesenen Desinfectionsmittel. Doch müssen zur Constatirung dieser Wirkung erst Versuche im Grossen gemacht werden. Der äusserst billige Preis des Mittels fordert hiezu besonders auf. Die öffentliche Gesundheitspflege würde im entsprechenden Falle um so mehr gewinnen, als der Coaltar auch die gute Eigenschaft besitzt, die Wirksamkeit des Düngers zu fördern. 4. Brandige Wunden und faulichte Geschwüre werden durch das Mittel rasch desinficirt und auf die normale Höhe gebracht. Ist dieser Zweck erreicht, so ist das Mittel wegzulassen und die gewöhnliche Behandlung einzuleiten. Acht sehr genau geschilderte Krankengeschichten, welche sich auf Decubitus nach Typhus, auf phagedänische Geschwüre, brandig gewordene Quetsch- und Schusswunden beziehen, erhärten die ausgesprochene Ansicht zweifellos. Die am meisten zu empfehlende Anwendung auf Wunden und Geschwüre geschieht in Salbenform, welche dargestellt wird, indem man fein pulverisirten Gyps mit Kohlentheer gehörig mischt und so viel Olivenöl zusetzt, dass die Salbenconsistenz erzielt wird. Die Beschmutzung der Verbandstücke verhütet man durch Einlagen von Wachsleinwandstreifen; das Austrocknen und der dadurch erzeugte lästige Druck auf die Wunden wird beseitigt durch öfteres Auflegen, welches erst nach Massgabe des Falles im Tage 3—4 Mal, manchmal auch während der Nacht geschehen muss.

Jedenfalls fordern diese neuerdings angestellten Versuche zur Nachahmung auf. (Aus den Memorabilien. 10. Liefg. des Jahrg. 1860.)

Eine eigenthümliche Färbung und Kräuslung des Zahnfleischrandes, vorzüglich am Halse der Schneidezähne, wurde von Dr. Thompson in seinem Werke: Lectures on Consumption als untrügliches Zeichen vorhandener Lungentuberculose angegeben; auch Dr. Dutscher in Enon-Valey (Pensylvanien) will unter 58 zweifellos mit Tuberculose behafteten Individuen bei 48, diese charakteristische Form des Zahnfleisches beobachtet haben. Die Beschaffenheit des Zahnfleisches ist folgende: der freie Rand desselben ist dünkler gefärbt als die Umgebung und stellt sich arabeskenartig gerieft dar; die Breite dieses wie ausgezackten Randes kann bis zu zwei Linien steigen; in dem Masse der Vehemenz der Affection stellt sich eine intensivere, fast zinnoberartige Färbung ein nicht selten erscheint das Zahnfleisch wie hypertrophirt. Die durch den Mercur- oder Jodgebrauch eingeleitete Gingivitis zeigt ganz andere Farbe und Form, ebenso ist livide Färbung, welche bei Anhäufung des Zahnsteines vorhanden zu sein pflegt, durch die Unregelmässigkeit der einzelnen Zacken leicht zu unterscheiden. (Von der bei Intoxication durch Kohlenoxydgas und Blei sich einstellenden Färbung des Zahnfleisches ist von D. nichts angeführt.) Die Aufwulstung des Zahnfleisches, von D. mit dem Ausdrucke: »le lisiére gingival«

---

*) In dem leitenden Ausschusse für wissenschaftliche Thätigkeit fungiren die P. T. Herren Doctoren: Nusser, Schneller, Heider, v. Patruban, Haller Moritz, Öttinger und Drasche als gewählte, sowie der Bibliothekar Herr Dr. Schlager und der Notar als ständige Mitglieder.

**) In Nr. 31 des Jahrganges 1860 unserer Zeitschrift, S. 509, ist eine Notiz über den Coaltar mitgetheilt worden.

bezeichnet, soll oft zwei bis drei Jahre den übrigen Zeichen der Tuberculose vorhergehen und kann somit als ein wichtiges prognostisches Zeichen für den Arzt gelten.

Obwohl diese Affection an den Schneidezähne am meisten entwickelt vorkommt, so beobachtet man sie dennoch auch an den Backenzähnen. Dr. Dutscher legt auf diese Beobachtungen einen solchen Werth, dass er die genaue Inspection des Zahnfleisches den Collegen anempfiehlt und folgende Schlussätze aufstellt:

1. Die von Thompson als liséré gingival bezeichnete Formveränderung des Zahnfleisches ist ein infallibles Zeichen der tuberculösen Diathese.

2. Sobald diese arabesken- oder blumenartige Auflockerun des Zahnfleisches vorhanden ist, kann man mit Bestimmtheit das baldige Eintreten der übrigen Kennzeichen der Tuberculose erwarten.

3. Wenn während der Behandlung diese Formveränderung allmälig rückschreitet, so kann man eine günstige Prognose stellen; breitet sich dagegen dieselbe allmälig auch gegen die Backenzähne aus und geht das Colorit in den Purpurteint über, so ist der lethale Ausgang nicht mehr fern.

4. Sind die gewöhnlich benützten semiotischen Zeichen der Tuberculose vorhanden, fehlt jedoch die besprochene Veränderung des Zahnfleisches, so kann man auf ein Rückschreiten, auf die baldige Involution der Tuberculose schliessen. (Gazette hebdomodaire.)

Das schwefelsaure Atropin in der Lösung: 1 auf 100 stillt nach einer Mittheilung Dr. Bergouhnioux die in cariösen Zähnen auftretenden Schmerzen sehr schnell. B. empfiehlt eine concentrirtere Solution desselben Alkaloids den Zahnärzten zum Tödten der Zahnnerven.

Zur Application von Blutegel bei Prostataleiden bedient sich Dr. Hughes einer gekrümmten, sechs Zoll langen Röhre von Guttapercha oder Kautschuk, welche an dem einem Ende mit einer thierischen Blase geschlossen wird. In diese aufgebundene Blase werden nun kleine Löcher in der, der gewünschten Menge entsprechenden Zahl eingestochen, durch welche die Blutegel die Saugmündung durchstecken können, ohne das man Gefahr läuft, dass dieselben durchschlüpfen. Die derart zugerichtete Röhre wird nun in den Mastdarm eingeführt und hierauf die Blutegel in die Röhre eingelegt.

Ein Beispiel von einer dritten Dentition wird von Dr. Carre mitgetheilt. Eine 85jährige, rüstige Frau wurde in diesem ihrem hohen Alter durch das Hervorbrechen von zwei Schneide- und zwei Mahlzähnen überrascht; dieses ohne Beschwerden ablaufende Zahnen nahm einen Zeitraum von anderthalb Jahren in Anspruch. Die Frau erinnert sich übrigens nicht, Anomalien im Durchbruch der bleibenden Zähne durchgemacht zu haben. (Gaz. medicale.)

Statt des für den einmaligen Gebrauch zu theueren, bei mehrmaliger Verwendung nicht gehörig schützenden Wachstaffets oder des Gutta-Percha-Papieres empfiehlt Dr. Macghie in Glasgow Papier, welches auf beiden Seiten mit einer gekochten Mischung aus Leinöhl (3 Litres), Lithargyrum (30 Gramm.), und aus Terpentin oder gelbem Wachs (15 Gramm.) bestrichen wird. Das in dieser Weise bereitete Papier leistet dieselben Dienste wie Wachstaffet, ist eben so dicht, und wird von M. schon durch 4 Jahre in der Praxis angewendet.

Miscellen, Amtliches, Personalien.

Notizen.

Am 24. Februar empfing der Staatsminister, Ritter v. Schmerling, die Universität, welche durch ihren Rector, die Decane der vier Facultäten, und durch Repräsentanten der Professoren- und Doctoren-Collegien, so wie durch Abgeordnete aus den einzelnen Jahrgängen der Studierenden zahlreich vertreten erschien. Hofrath Oppolzer, als derzeitiger Rector, hielt eine treffliche, in jeder Beziehung würdige Rede, in welcher er den Schutz und das Wohl der Hochschule Sr. Excellenz, dem Staatsminister, auf das wärmste empfahl und den tiefgefühlten Dank der Universität für die den Studierenden ertheilte Bewilligung der Gründung eines Lesevereins aussprach, den Wunsch anfügend, es wolle recht bald der Neubau des Universitätsgebäudes beginnen, auf dass die Lehrer und die Zuhörer aller Facultäten künftig in einem Hause ihrem Berufe obliegen könnten.

Der Herr Staatsminister erwiederte, dass er, wenn gleich durch dreissig Jahre der Praxis lebend, nie aufhörte, der Universität sein besonderes Augenmerk zuzuwenden; er habe in seinem Rundschreiben den Satz eigens betont: Wissenschaft ist Macht und damit angedeutet, dass er die Angelegenheiten des Unterrichtes, die Förderung der Wissenschaft in der kräftigsten Weise zu vertreten gedenke. In der herablassendsten Art erklärte er sich, da er als Doctor juris ebenfalls der Wiener-Universität angehöre, als wahrer Freund derselben und begrüsste im echt loyalen Sinne die Anwesenden als seine Collegen. Diese herzlichen Worte wurden von den versammelten Universitätsmitgliedern mit dem lebhaftesten Beifall entgegengenommen, welcher sich in einem dreimal wiederholten herzlichen Lebehoch aussprach. Tief gerührt und voll des festesten Vertrauens auf eine glückliche Zukunft, verliessen die Anwesenden die Säle des Staatsministeriums.

Die Habilitirung des Dr. Robert Vaeter in Prag als Privatdocenten für physikalische Therapie wurde bewilligt und die Vermehrung der Mitglieder des leitenden Ausschusses für wissenschaftliche Thätigkeit am Wiener medicin. Doctorencollegium von neun auf vierzehn genehmigt.

Gesundheits-Verhältnisse Wien's. Im k. k. allgemeinen Krankenhause wurden vom 19. bis 25. Februar inclusive 481 Kranke, um 22 mehr als in der Vorwoche, aufgenommen. Der Krankenstand variirte zwischen 2124 und 2216, und war am 25. d. M.: 2124 (1199 Männer, 925 Weiber). — Lungentuberculose, Katarrhe der Athmungs- und Verdauungs-Organe, Rheumatismen, und Pneumonien kamen am häufigsten, Typhen in geringerer Anzahl zur Aufnahme.

Aus dem k. k. allgemeinen Krankenhause in Wien Monat Jänner 1861. — Die Gesammtaufnahme betrug 1882 Kranke, 1212 Männer, 670 Weiber, um 226 mehr als im Monat December und um 128 weniger, als die durchschnittliche Aufnahme im Monat Jänner der letzten 10 Jahre. — Der mittlere Krankenstand war 2125 Kranke per Tag in der Verpflegung, zeigt somit gegen jenen im Vormonat eine Erhöhung um 109. — Das Heilungsprocent war 74.3, das Sterblichkeitsprocent 10.1, des Abganges (mit Ausschluss der Tuberculose); im Vergleiche zum Vormonat gestalteten sich beide ungünstiger. — Als im Krankheitscharakter analoge Formen wurden 372 entzündliche, 255 katarrhalische, 103 adynamische und 25 exanthematische Krankheitsformen aufgenommenen

Krankheitscharakter: Entzündlich-katarrhalisch. — Bezüglich einzelner Krankheitsformen: Die Sterblichkeit bei Lungentuberculose betrug 63.3 Procent des Abganges, im Vergleich zu jener im Vormonat etwas ermässigt. Die typhösen Erkrankungen haben sowohl an In- als Extensität abgenommen die Sterblichkeit verminderte sich von 34.5 (im Vormonat) auf 19.5 Procent des Abganges. — Die Sterblichkeit bei Pneumorie betrug 37.1, im Vormonat 31.1 Procent des Abganges. — Die Katarrhe der Athmungs- und Verdauungs-Organe waren in der Mehrzahl der Fälle im Beginne der Erkrankung von heftigerem Fieber begleitet. — Der Heiltrieb der Wunden war ein mittelmässiger. — Der Gesammtkrankheitszustand kann, mit Rücksichtnahme auf das Fehlen jeder in epidemischer Weise vorherrschenden Krankheitsform und im Hinblick auf die gegenwärtige Jahreszeit noch immer ein befriedigender genannt werden.

Erledigung.

Die Comitats-Physicusstelle des Borsoder-Comitats mit 900 fl. ö. W. jährlichem Gehalte ist in Erledigung gekommen, zu deren Besetzung der Concurs ausgeschrieben wird.

Die Bewerber um diese Dienstesstelle haben ihre gehörig instruirten Anmeldungen längstens bis 1. Juni l. J. bei dem Vicegespanne des Borsoder-Comitats einzureichen.

Druck von Anton Schweiger in Wien.